

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René BOËLLE

Né le 19 Octobre 1906 aux Montils (Loir-et Cher)

A propos de l'Observation d'une Tumeur kystique de l'Épiglotte

Président de thèse : BEZANCON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René BOËLLE

Né le 19 Octobre 1906 aux Montils (Loir-et-Cher)

A propos de l'Observation d'une Tumeur kystique de l'Épiglotte

Président de thèse : BEZANÇON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et hisioire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPEL
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.....	ROSSET.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologique	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale..	AMELINE.
Pathologie médicale	BARIETY.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie médicale	COSTE.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale..	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie ..	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique..	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.

MM.

Pathologie chirurgicale..	FUNCK.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie médicale	LELONG.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale..	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale..	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique..	OBERLING.
Pathologie chirurgicale..	PETIT-LUTZ HENRI.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Ophtalmologie	RENARD.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale..	SÈNEQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIÈRE.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale..	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale..	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Obstétrique	GUÉNIOT.

MM.

Pathologie chirurgicale..	LARDENNOIS.
Anatomie pathologique..	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Obstétrique	VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
BLAMI. LAJOUANINE. AUBERTIN. BRULE. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. PASTEUR-VALLERY- RADOT. SEZARY.	{ Clinique médicale	BASSET. BROcq. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUENU. SCHWARTZ. VELTER.
		{ Clinique chirurgicale
MM. ECALLE GUENIOT. LE LORIER. LEVY-SOLAL. METZGER	{ Clinique obstétricale..	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Le Docteur Adolphe BOELLE

*Dont l'exemple vécu de sa dure
carrière d'omni-praticien m'a
déterminé à embrasser une no-
ble profession.*

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui témoignons ici notre vive gratitude pour l'enseignement qu'il nous a toujours prodigué.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LALLEMANT

qui nous a guidé et conseillé dans l'élaboration de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre grande gratitude.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ROUGET

*En témoignage de reconnaissance
pour la sympathie qu'il a toujours
montrée à notre égard.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR SORREL

*L'expression de notre respectueux
attachement.*

AU DOCTEUR GRIVOT

qui a bien voulu nous accueillir dans son service. Notre respectueuse gratitude.

AU DOCTEUR LEMARIEY

Qu'il veuille bien croire à l'expression de notre reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

AU DOCTEUR HAMELIN

AU DOCTEUR FERRAND

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AU DOCTEUR GUEULLETTE

AU DOCTEUR COMTE

AU DOCTEUR HUET

MAITRE EN CHIEF
AU DOCTEUR GERARD-MARCHANT

AU DOCTEUR LEHELLE

AU DOCTEUR LEMELAND

AU DOCTEUR HALBRON

AU DOCTEUR BRAUN

A MADAME LE DOCTEUR RAGU

AU DOCTEUR DELARUE

INTRODUCTION

L'observation des tumeurs kystiques de l'épiglotte est relativement rare et la littérature médicale n'en offre qu'un nombre restreint d'exemples.

Il nous a paru intéressant, à propos d'un cas de tumeur épiglottique observé chez un malade, d'en noter la symptomatologie et, nous reportant aux observations antérieures, de tenter d'en faire une classification anatomo-pathologique.

Nous n'examinerons ici que les kystes d'origine épiglottique pure ; les kystes para-épiglottiques développés aux dépens des replis glosso et aryténo-épiglottiques n'entrent pas dans le cadre de cet exposé.

Pour éclairer la question, nous avons étudié et relaté brièvement le développement embryologique de l'épiglotte, son anatomie macroscopique et ses principaux rapports, sa constitution histologique et nous avons pensé que la physiologie de l'épiglotte permettait d'expliquer le plus grand nombre des symptômes observés.

L'évolution générale des kystes épiglottiques et leur bénignité relative prouvées par leur structure anatomo-pathologique et leur absence de propagation loin-

taine, nous ont poussé au choix et à l'établissement d'une thérapeutique simple, empruntant les voies naturelles, permettant une ablation locale complète.

La laryngoscopie directe suivant la technique de Chevalier-Jackson et pratiquée avec sa spatule offre une pénétration pharyngée facile et une vision suffisante pour un diagnostic. Mais les manœuvres chirurgicales sont bridées par l'étroitesse relative du diamètre de la spatule et par l'asymétrie du mouvement qui fait que la main qui empaume la spatule la fixe avec force, tandis que l'autre doit décrire des gestes précis.

Il nous a paru que pour certaines interventions pharyngo-laryngées, le procédé de la laryngoscopie en suspension, suivant la méthode mise au point par le Docteur Lallemant, était l'opération idéale. Suivant les voies naturelles, elle réduit le choc opératoire, elle donne une visibilité considérable et permet à l'opérateur l'usage de ses deux mains.

Nous décrirons succinctement, au cours de l'ablation d'un kyste de l'épiglotte, la laryngoscopie en suspension, telle qu'elle fut pratiquée par notre Maître, le Docteur Lallemant.

APERÇU HISTORIQUE

L'histoire des kystes de l'épiglotte est relativement récente et leur étude détaillée date seulement de quelques dizaines d'années.

Point n'est besoin de remonter à l'antiquité pour en chercher des exemples ; leur découverte date de l'invention du miroir laryngoscopique qui, seul, permit d'en faire le diagnostic.

Les kystes de l'épiglotte furent englobés d'abord dans la grande classe des kystes du larynx, décrits comme tels et non individualisés.

Les premières observations en date paraissent être relatées dans une étude sur les kystes du larynx, publiée par Moure, dans la « Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie » de l'année 1881.

Puis viennent successivement plusieurs ouvrages sur les kystes laryngés : thèse d'agrégation de Schwartz, 1896, la publication, en 1887, par Garel, de 16 cas nouveaux, enfin la thèse de Purseigle « Les tumeurs de l'épiglotte » à Lyon, 1905.

Toutes ces observations décrivent parfaitement l'anatomie pathologique macroscopique des kystes la-

ryngiens, mais sont le plus souvent muettes sur leur constitution microscopique.

Depuis 1920, plusieurs cas de kystes épiglottiques furent rapportés : en France, par Coulet, en 1926 ; par Bourgeois et Soulas, en 1927-1928 ; en Angleterre, par C. de W. Gibb, en 1930.

Enfin, les travaux de langue allemande de Mischkin, Kahler, Salomon et Glas permettent une classification anatomo-pathologique précise des kystes épiglottiques.

EMBRYOLOGIE DE L'ÉPIGLOTTE

L'ébauche épiglottique apparaît très tôt dans le développement de l'embryon humain. Dès le vingtième jour de la vie intra-utérine, au stade de 3 mm., l'épiglotte est déjà nettement reconnaissable.

Chez l'embryon de 1 mm. 8, au-dessous de la bouche primitive et de chaque côté de l'intestin céphalique apparaissent des sillons transversaux qui vont se creuser, délimitant les poches branchiales, circonscrivant les arcs branchiaux homologues des arcs branchiaux des poissons.

Les fentes ou poches branchiales occupent les parois latérales et la face dorsale de l'intestin céphalique de l'embryon, elles sont recouvertes d'endoderme dans la lumière de l'intestin primitif, d'ectoderme à l'extérieur.

La partie ventrale de l'intestin céphalique primitif

ne participe pas à cette division branchiale, elle forme une région triangulaire, à sommet dirigé vers la bouche primitive de l'embryon, à base caudale, limitée latéralement par les extrémités antérieures des arcs branchiaux : c'est le champ mésobranchial.

C'est aux dépens du champ méso-branchial que va se développer l'ébauche de l'épiglotte.

Au niveau du sommet du triangle méso-branchial, entre les extrémités antérieures des premiers et des deuxièmes arcs branchiaux apparaît une petite saillie arrondie pointant dans la lumière du tube intestinal primitif, c'est le *tuberculum impar*, ébauche postérieure de la langue.

Au-dessous, vers la base du triangle, au niveau des extrémités antérieures des troisième et quatrième arcs, on voit saillir une petite masse allongée transversalement, c'est la *Furcula*, qui va donner naissance à l'épiglotte.

A la base du triangle méso-branchial, au-dessous de la *Furcula*, il existe une petite dépression parallèle à l'ébauche épiglottique, le *Sulcus terminalis*, qui, se creusant, donnera au cours du développement ultérieur de l'embryon l'orifice respiratoire, le futur larynx.

En résumé, dans le champ méso-branchial, sur sa face endo-intestinale, les rapports de l'ébauche épiglottique sont, en haut, l'ébauche linguale, en bas, l'ébauche laryngée.

Au cours du développement, le champ méso-branchial va se rétrécir transversalement, les extrémités

antérieures des arcs branchiaux vont se rapprocher, tenter de se souder aux ébauches linguale, épiglottique et laryngée. Le champ méso-branchial va tendre à prendre la forme d'un Y renversé.

C'est à ce moment, en arrière du tuberculum impair que l'endoderme va se creuser, pénétrer dans le mésoderme, proliférer, puis donner plus tard les ébauches thyroïdiennes. De cette migration épithéliale intramésodermique restera un canal, puis, par oblitération de ce dernier, un cordon fibreux qui va persister en partie chez l'adulte. Ce tractus fibreux qui va unir le point de jonction des ébauches linguales ou *Foramen Cæcum* en haut, à la glande thyroïde en bas, est le *tractus thyroéglotte*, qui est à l'origine de certains kystes congénitaux.

Au cours de la disparition du champ méso-branchial, les parties latérales de la furcula vont se perdre dans les extrémités antérieures des quatrièmes arcs branchiaux, formant ainsi un cercle fermé en avant par l'ébauche épiglottique.

La furcula donnera l'épiglotte, ses parties latérales unies au quatrième arc amorceront les replis pharyngo-épiglottiques en dehors, aryténo-épiglottiques en dedans, et en avant de l'épiglotte, les replis glosso-épiglottiques.

La vascularisation artérielle de l'épiglotte est assurée par le quatrième arc artériel qui, partant des aortes primitives droite et gauche à la face dorsale de l'embryon, va donner deux artères droite et gauche qui se jetteront en avant dans l'aorte descendante.

Le nerf du quatrième arc est le laryngé supérieur, branche du pneumogastrique.

En résumé, l'épiglotte naît de la furcula, production du champ méso-branchial qui, accolée au quatrième arc, en a la vascularisation et l'innervation.

RAPPEL ANATOMIQUE

L'épiglotte est une lame cartilagineuse, située à la partie antérieure et supérieure du larynx, en arrière de la base de la langue, en avant de l'orifice laryngé.

Sa forme est extrêmement variable et les laryngologistes en ont décrit un grand nombre de types morphologiques. Son allure générale est celle d'une palette ovale, à extrémité inférieure taillée en pointe. Elle est concave en bas et convexe en haut.

Sa face postérieure est entièrement recouverte par la muqueuse laryngée.

Sa face antéro-supérieure est libre et répond à la base de la langue en haut puis, plus bas, à l'os hyoïde, à la membrane thyro-hyoïdienne, à la partie supérieure du cartilage thyroïde. Son bord supérieur est celui qui est le plus visible au cours d'une laryngoscopie. Sa forme varie avec l'âge, elle tend à basculer en arrière chez l'enfant, à découvrir le larynx en se redressant, chez l'adulte.

LES LIGAMENTS PASSIFS DE L'ÉPIGLOTTE

L'épiglotte est fixée en bas au cartilage thyroïde par le ligament thyro-épiglottique qui va de la pointe de l'épiglotte à l'angle rentrant du cartilage thyroïde.

Latéralement, ce sont les ligaments aryténo-épiglottiques qui amarrent l'épiglotte. Ils s'insèrent à la partie inférieure des bords latéraux du cartilage, puis se dirigent en arrière et vont se jeter sur le bord antérieur des cartilages aryténoïdes correspondants.

En avant de l'épiglotte, ce sont les ligaments glosso-épiglottiques qui réunissent la base de la langue à l'épiglotte. Le ligament glosso-épiglottique médian sépare l'épiglotte en deux champs droit et gauche. Il va de la partie antérieure médiane de l'épiglotte à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, au derme de la muqueuse de la base de la langue.

Les ligaments glosso-épiglottiques latéraux, classiquement décrits, seraient inconstants et formés par la division en deux chefs des ligaments pharyngo-épiglottiques au bord latéral de l'épiglotte. Un chef passe à la partie antérieure du cartilage et va à la rencontre du chef qui lui est symétrique. Un autre chef se dirige en arrière et va se perdre dans le ligament aryténo-épiglottique. Enfin, dans 10 % des cas, un troisième chef part du rameau antérieur et se dirige vers la base de la langue.

Classiquement, les ligaments glosso-épiglottiques latéraux ont une existence propre ; ils partent des bords latéraux du cartilage, se dirigeant en avant et

ils vont s'unir au derme de la muqueuse pharyngienne.

Enfin, il existe une membrane mince qui va du bord postérieur de l'os hyoïde à la face antérieure de l'épiglotte et qui délimite avec l'épiglotte en arrière, la face postérieure de la membrane thyro-hyoïdienne en avant, la membrane hyo-épiglottique en haut, la face postérieure et supérieure du cartilage thyroïde en bas, un espace cellulo-graisseux dit Hyo-thyro-épiglottique.

Tous ces ligaments qui unissent l'épiglotte à la base de la langue en avant, au pharynx latéralement, aux aryténoïdes en arrière, sont recouverts par la muqueuse pharyngienne et forment des replis délimitant entre eux des fossettes.

En avant, entre les replis glosso-épiglottiques médian et latéraux, se trouvent les fossettes glosso-épiglottiques droite et gauche. Latéralement, entre la base de la langue en avant, le repli pharyngo-épiglottique en arrière et le pharynx en dehors, c'est la partie inférieure de la fossette amygdalienne.

En arrière et en dehors des replis aryténo-épiglottiques, ce sont les gouttières pharyngo-laryngées ou sinus piriforme limités en dehors par la paroi latérale du pharynx.

LES MUSCLES DE L'ÉPIGLOTTE

L'épiglotte donne insertion à plusieurs chefs musculaires : ce sont, d'abord le muscle aryténo-épiglottique, qui n'est que le prolongement tout antérieur de

l'inter-aryténoïdien, puis le thyro-épiglottique. Ces deux muscles viennent du larynx.

En avant, l'épiglotte fixe le muscle lingual supérieur qui entre dans la composition des muscles de la langue.

L'inter-aryténoïdien est un muscle tranverse qui va de la face postérieure du cartilage aryténoïde à l'autre ; ses fibres sont horizontales, dirigées transversalement. A la face postérieure de ce muscle, deux chefs obliques s'entrecroisent sur la ligne médiane et naissent respectivement de la partie postérieure et inférieure de l'aryténoïde : ils se dirigent en haut et en dedans, se croisent, passent sur la partie supérieure de l'aryténoïde opposé, où quelques fibres s'insèrent, se réfléchissent, passent dans le ligament aryténo-épiglottique qu'ils suivent dans toute sa longueur. Ils s'insèrent en avant sur les parties latérales du bord de l'épiglotte, à l'union de ses deux tiers supérieurs et de son tiers inférieur.

Cette insertion se fait au-dessous de celle du ligament aryténo-épiglottique.

Ces deux chefs de l'inter-aryténoïdien forment autour de l'orifice laryngé une véritable sangle musculaire qui, en se contractant, tire l'épiglotte en arrière et la fait basculer.

Les thyro-aryténoïdiens inférieurs sont des muscles pairs et symétriques occupant les parties latérales du larynx. Ils s'insèrent en avant sur la partie rentrante de l'angle du cartilage thyroïde, près de la ligne médiane ; puis se dirigent en arrière et en haut, se divi-

sant en deux couches : l'une externe, qui s'étale en éventail, ses fibres les plus postérieures s'insèrent sur le bord externe du cartilage aryténoïde, ses fibres moyennes constituent le muscle thyro-membraneux et se perdent dans les replis aryténo-épiglottiques, la partie antérieure des fibres de la couche externe se fixe aux bords latéraux du cartilage épiglottique constituant le muscle thyro-épiglottique ; la couche interne s'insère en arrière de l'apophyse vocale du cartilage aryténoïde.

Seule, la couche externe du muscle thyro-aryténoïdien intéresse l'épiglotte et c'est le chef thyro-épiglottique qui, en se contractant, attire l'épiglotte en arrière.

Le muscle lingual supérieur est impair et médian, il s'insère en bas par trois chefs : deux chefs latéraux qui viennent de la petite corne de l'os hyoïde, un chef médian proprement épiglottique qui se fixe à la face antérieure de l'épiglotte, au-dessous du ligament glosso-épiglottique médian qu'il contribue à soulever.

De ces insertions inférieures, les trois chefs convergent vers le haut, occupant superficiellement la face profonde de la muqueuse, ils se réunissent à la pointe de la langue.

Le lingual raccourcit la langue et tire l'épiglotte en haut et en avant.

LES RAPPORTS ANATOMIQUES

Les rapports sont différents suivant que l'on consi-

dère la partie supérieure libre de l'épiglotte ou sa partie inférieure fixée ; sa paroi antérieure linguale ou sa partie postérieure laryngée.

Etant donné la grande diversité de formes, les variétés presque individuelles de dimension de l'épiglotte, ce sont des rapports moyens que nous décrivons pour la partie libre de l'épiglotte.

Les rapports antérieurs sont presque exclusivement ceux de la base de la langue en arrière du V lingual. Nous avons déjà vu que la partie inférieure de la base de la langue était unie à l'épiglotte par des ligaments délimitant entre eux des fossettes que nous avons décrites : fossettes glosso-épiglottiques droite et gauche, fossettes amygdaliennes. Plus haut, l'épiglotte entre directement en rapport avec la base de la langue et surtout avec l'amygdale linguale, formée de follicules clos, disposés en lignes obliques en haut et en dehors.

Le bord supérieur de l'épiglotte surplombe l'orifice laryngé et contribue, avec la saillie des cartilages ary-ténoïdes en arrière, les replis aryténo-épiglottiques latéralement, à la formation de l'orifice pharyngien du larynx.

La face postérieure constitue, avec le ligament thyro-épiglottique, la paroi intérieure du vestibule laryngé. L'épiglotte présente à sa partie inférieure et médiane une saillie arrondie, le tubercule épiglottique.

C'est l'insertion presque commune sur la face antérieure de l'épiglotte, des ligaments glosso-épiglottiques et de la membrane hyo-épiglottique qui marque les frontières de la partie antérieure libre et de la partie fixée de l'épiglotte.

Nous avons déjà vu, en étudiant les moyens de fixité de l'épiglotte, les limites de l'espace hyo-thyro-épiglottique. Nous les rappellerons brièvement : épiglotte, ligament thyro-épiglottique en avant ; en haut, la membrane hyo-épiglottique. Cet espace est rempli de tissu cellulo-grasieux.

Par l'intermédiaire de cet espace, l'épiglotte répond en avant à la bourse séreuse de Boyer, formée de tissu cellulaire lâche qui sépare le ligament thyro-hyoïdien médian de l'aponévrose du muscle thyro-hyoïdien.

VASCULARISATION DE L'ÉPIGLOTTE

Deux artères principales, branches de la carotide externe, assurent la vascularisation de l'épiglotte. Ce sont l'artère laryngée supérieure pour la face postérieure laryngée de l'épiglotte, l'artère dorsale de la langue pour la face antérieure linguale.

L'artère laryngée supérieure, volumineuse branche de l'artère thyroïdienne supérieure, naît de cette dernière à l'union de la portion horizontale et verticale de l'artère contre la membrane thyro-hyoïdienne. Après sa naissance, l'artère laryngée supérieure traverse la membrane thyro-hyoïdienne, aborde le larynx et se divise en rameaux descendants qui vascularisent les muscles du larynx, et en rameaux ascendants qui se distribuent à la muqueuse de la face postérieure de l'épiglotte.

L'artère dorsale de la langue est une branche im-

portante de l'artère linguale, elle naît de cette dernière au niveau de la petite corne de l'os hyoïde et, suivant un trajet ascendant, elle monte vasculariser la base de la langue, la face antérieure de l'épiglotte et le pilier antérieur du voile.

Le *drainage veineux* est assuré par des veines parallèles aux artères qui se jettent dans le tronc veineux thyro-linguo-facial. Ce sont les veines thyroïdiennes supérieures et les veines linguales profondes.

Les *vaisseaux lymphatiques* de l'épiglotte appartiennent au réseau sus-glottique des lymphatiques laryngés. Ils naissent de petits vaisseaux lymphatiques anastomosés en larges mailles qui se réunissent en plusieurs troncs de chaque côté de la partie antérieure des replis aryténo-épiglottiques. Le pédicule comprend six vaisseaux.

Le pédicule lymphatique, ainsi formé, pénètre dans la sous-muqueuse, où il s'unit aux troncs lymphatiques qui drainent la partie inférieure du pharynx, puis traversent la membrane thyro-hyoïdienne avec le paquet vasculo-nerveux thyroïdien supérieur. Arrivés au bord externe du thyro-hyoïdien, les troncs lymphatiques se ramifient, se divisent en branches ascendantes qui vont se jeter dans le ganglion sous-digastrique, en branches transversales qui, se dirigeant horizontalement, vont au confluent thyro-linguo-facial.

D'après Most, il existerait de petits nodules lymphatiques intermédiaires, échelonnés le long des collecteurs sus-glottiques et ce seraient ces relais ganglion-

naires qui constitueraient une première barrière au cours des affections épiglottiques.

L'INNERVATION SENSITIVE DE L'ÉPIGLOTTE

Nous avons déjà vu que l'épiglotte embryologiquement dérivée du quatrième arc était innervée par les nerfs correspondant à cet arc, le laryngé supérieur, branche du pneumogastrique.

C'est la branche supérieure du nerf laryngé supérieur proprement dit dont nous décrirons brièvement le trajet. Ce nerf, qui suit le même parcours que l'artère laryngée supérieure, est situé plus profondément qu'elle sur la membrane thyro-hyoïdienne. Il pénètre sous le muscle thyro-hyoïdien et, après avoir perforé la membrane thyro-hyoïdienne, apparaît sous la muqueuse laryngée où il se divise en trois branches. Les branches ascendantes vont sensibiliser la face antérieure de l'épiglotte et la base de la langue, suivant une zone triangulaire à base épiglottique et à sommet supérieur, sous-jacente à la zone d'innervation du glosso-pharyngien. Cette dernière zone s'étendant jusqu'au V lingual qu'elle dépasse même légèrement.

Les rameaux moyens innervent la face postérieure et la face inférieure de l'épiglotte et l'étage sus-glottique de l'orifice laryngé.

Les autres filets du nerf se dirigent en arrière et vont à la paroi postérieure du pharynx.

INNERVATION MOTRICE DES MUSCLES ÉPIGLOTTIQUES

Les muscles qui s'insèrent sur l'épiglotte peuvent être divisés en deux groupes :

Un premier groupe postérieur formé par les muscles ou chefs musculaires des thyro-épiglottiques et aryténo-épiglottiques. Ce sont des muscles du larynx, innervés par le laryngé inférieur ou récurrent, branche du pneumogastrique.

Un second groupe antérieur, représenté par les trois chefs d'un même muscle, le lingual supérieur, reçoit son nerf, comme tous les muscles de la langue, du grand hypoglosse.

APERÇU DE L'HISTOLOGIE DE L'ÉPIGLOTTE

L'épiglotte, doublée de son périchondre, est formée d'un cartilage élastique dérivant originellement d'un cartilage hyalin qui s'infiltré ultérieurement d'éléments élastiques.

La muqueuse, qui recouvre l'épiglotte, est doublée sur la face antérieure de cet organe par du tissu conjonctif sous-muqueux à mailles très lâches et c'est la topographie de ce tissu qui explique la répartition si spéciale de l'œdème en cet endroit. La muqueuse de la face postérieure de l'épiglotte adhère intimement, au contraire, au périchondre, par l'intermédiaire d'une tunique fibro-élastique.

La muqueuse de l'épiglotte est blanc-rosée, elle se continue avec la muqueuse laryngée en bas, la muqueuse pharyngée en avant et latéralement.

La muqueuse comprend : un chorion riche en éléments élastiques et contenant quelques follicules clos, un épithélium de revêtement à type pavimenteux sur la face linguale et la partie supérieure de la face laryngée, à type polyédrique cilié sur le reste de cet organe, c'est-à-dire la partie immédiatement sus-jacente à la glotte.

Les glandes de l'épiglotte, disposées surtout sur la face antérieure, comprennent :

Des glandes séreuses qui sont du type tubuleux ramifié ;

Des glandes mixtes ou séro-muqueuses.

Le canal excréteur de ces glandes est sinueux, quelquefois dilaté en ampoules, surtout dans sa portion terminale.

L'innervation glandulaire est assurée par le laryngé supérieur, qui contient des fibres vaso-dilatatrices et des filets excito-sécréteurs des glandes.

Les filets vaso-constricteurs, inhibiteurs de la sécrétion glandulaire, viennent du sympathique cervical.

On retrouve dans l'innervation sensitive de la muqueuse épiglottique la grande dualité nerveuse vago-sympathique.

PHYSIOLOGIE ELEMENTAIRE DE L'EPIGLOTTE

Située au niveau du carrefour aéro-digestif, l'épiglotte a un rôle physiologique double. C'est d'abord une fonction aérienne au cours de la respiration et de la phonation, ensuite, un rôle digestif au cours de la déglutition.

Pendant la respiration, l'épiglotte s'efface contre la paroi antérieure du pharynx, ménageant ainsi au larynx son plus grand diamètre.

Chez l'enfant, il existe une malformation congénitale de l'épiglotte qui est déjetée en arrière, « roulée » et vient faire saillie en plein courant respiratoire ; se comportant ainsi comme une anche vibratoire. Elle émet, au cours de l'inspiration, un bruit continu, une sorte de sifflement, c'est le stridor congénital. Cette anomalie respiratoire disparaît d'ailleurs spontanément avec l'âge dès que le larynx amorce son développement.

Pendant la phonation, et il est facile de le voir en laryngoscopie indirecte au cours de l'émission des voyelles, l'épiglotte tend à se plaquer en avant contre la base de la langue, pour dégager l'orifice laryngé.

Mais c'est surtout au cours de la déglutition que l'épiglotte joue un rôle actif.

Venant de la cavité buccale et après avoir franchi l'isthme du gosier, le bol alimentaire entre dans le pharynx. Pour que sa progression vers l'œsophage ne soit point troublée, il est nécessaire que les orifices pharyngiens soient fermés. En haut, les fosses nasales sont oblitérées par le voile du palais qui se plaque contre la paroi postérieure du cavum. En bas, c'est l'épiglotte qui doit protéger l'orifice laryngé.

Pendant la déglutition des aliments solides, sous le poids du bol alimentaire, l'épiglotte plie, se courbe et bascule en arrière, en même temps le larynx s'élève et vient buter, par l'intermédiaire de l'épiglotte, contre la base de la langue. C'est ce mouvement élévatoire de sûreté qui, en cas d'absence congénitale ou accidentelle de l'épiglotte, permet la déglutition normale : la base de la langue proéminent dans le pharynx joue le rôle du cartilage.

La fonction physiologique de l'épiglotte apparaît beaucoup plus nettement encore pendant la déglutition des liquides. Après le mouvement de déglutition et d'élévation du larynx, le liquide est évacué dans l'œsophage, puis le larynx reprend sa position normale. C'est alors que les quelques gouttes de liquide qui sont restées sur le dos de la langue pourraient tomber dans le larynx si l'épiglotte ne jouait pas son rôle de protection, et provoquer le reflexe d'expulsion du larynx : la toux.

Les tumeurs qui empêchent le jeu normal, physiologique de l'épiglotte peuvent ne pas entraîner de troubles marqués pendant la déglutition et le grand

rôle de protection laryngée du cartilage, déjà assuré par la fermeture temporaire de la glotte, est complété par l'élévation du larynx. Ce dernier vint buter et se fermer contre la base de la langue.

C'est ce qui permet d'expliquer, en clinique, l'inconstance de certains symptômes comme la toux, au cours des kystes épiglottiques.

OBSERVATION

M. D., 31 ans, employé, est envoyé de la consultation de médecine générale pour examen laryngé. Le malade a présenté dans les jours précédents une hémoptisie avec toux pouvant faire croire, s'il n'y avait un examen radiographique normal, au début d'une tuberculose évolutive.

En interrogeant le malade, on apprend que depuis plusieurs mois, il présentait une toux continue, ramenant une expectoration à type salivaire, sans particules purulentes mais contenant le plus souvent du sang rouge dont la quantité inquiétait le malade.

Par ailleurs, le malade n'accuse aucun autre trouble ; il n'est pas dyspnéique, son état général n'est pas altéré.

L'examen laryngoscopique montre une cavité buccale et un oro-pharynx normaux.

A la laryngoscopie indirecte, on voit dans le miroir une petite tumeur blanc-jaunâtre, de la grosseur d'une noix, parcourue à sa superficie par de petits vaisseaux sanguins. Cette tumeur est située à l'isthme du gosier, elle est encerclée par la contraction pharyngienne

entre la base de la langue, en avant, et la paroi pharyngée en arrière.

Cette tumeur paraît mobile avec les mouvements du larynx, elle semble solidaire de la base de la langue et, en exagérant la traction linguale au cours de l'examen, on voit apparaître son dôme blanc sur le rouge vineux de la base de la langue.

Il est impossible de voir l'orifice laryngé tellement sont exagérées les contractions pharyngiennes.

Au toucher, la tumeur est très mobile, légèrement dure, on en fait facilement le tour ; ce qui confirme le fait qu'il peut s'agir d'une tumeur épiglottique.

L'examen du cou à la palpation ne montre pas de réactions ganglionnaires. La mobilité normale du larynx sur le plan vertébral est conservée.

Etant donné les renseignements incomplets donnés par la laryngoscopie indirecte, on décide de faire une laryngoscopie directe, suivant la technique de Chevalier-Jackson.

Dès l'introduction de la spatule, la tumeur est nettement visible. Elle est implantée par un court pédicule au bord supérieur de l'épiglotte, à gauche de la ligne médiane.

En introduisant la spatule sous la tumeur et la refoulant contre la base de la langue, on peut vérifier l'intégrité du larynx : les cordes sont d'aspect et de mobilité normale, les commissures antérieure et postérieure sont libres, les aryténoïdes de volume normal. jouent normalement.

Les replis aryténo-épiglottiques ne sont point in-

filtrés. Les sinus piriformes sont de profondeur normale. La face postérieure de l'épiglotte est libre.

Retirant la spatule et faisant passer la tumeur en arrière, on détaille la face antérieure de l'épiglotte, la base de la langue, les replis glosso-épiglottiques. Cette inspection les montre normaux.

En résumé, la laryngoscopie directe montre une tumeur ronde, à court pédicule, implantée sur le bord supérieur de l'épiglotte, avec une intégrité complète du larynx, du pharynx et de la base de la langue. Etant donné les troubles observés, l'allure bénigne d'une tumeur encapsulée, on décide de la retirer en empruntant les voies naturelles.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des kystes de l'épiglotte est assez fruste et il semble que ce soit surtout des symptômes d'ordre mécanique qui fassent consulter le malade. Les troubles sensitifs sont vagues. Les kystes sont indolores.

Il serait logique de penser que l'intensité des troubles croît avec le volume de la tumeur, il y a cependant quelques exceptions et de petits kystes peuvent être mal supportés, alors que de volumineuses formations peuvent être des découvertes d'examen. Presque tous les kystes observés avaient un volume à peu près semblable, la grosseur d'une noix, ce qui semble prouver que c'est à ce stade de leur développement qu'ils donnent le maximum de symptômes.

L'observation clinique et la physiologie permettent de diviser en trois groupes l'étude des symptômes des kystes épiglottiques : respiratoire, phonatoire, troubles de la déglutition.

C'est surtout chez l'enfant que la présence d'un kyste dans un larynx étroit entraîne des troubles respiratoires. C'est le plus souvent une dyspnée inspiratoire et expiratoire accompagnée de stidor. L'épiglotte

est alors déjetée en arrière et vibre dans le courant respiratoire.

Chez l'adulte, la dyspnée est fréquente, mais légère, ce n'est jamais un symptôme alarmant.

La toux existe presque toujours, elle n'a rien de spécifique ; cependant, c'est une petite toux fréquente comme on en voit au cours d'irritations pharyngées. ce qui est d'ailleurs facilement explicable : le kyste de l'épiglotte touche en arrière la paroi postérieure du pharynx, la base de la langue en avant, il va et vient dans les mouvements laryngés en pleine zone tussigène.

Si la phonation est peu altérée au cours de l'émission de la voix parlée, il y a tout de même quelques modifications dans la hauteur des sons émis. C'est surtout la voix chantée qui est troublée par la présence d'un kyste épiglottique et Coulet rapporte l'observation d'une jeune chanteuse qui, malgré ses efforts et la science de ses Maîtres, ne parvenait pas à « monter dans l'aigu » et présentait avec une fatigabilité considérable des faux-pas fréquents de la voix chantée.

L'ablation d'un kyste de l'épiglotte fit cesser tous ces troubles.

Les troubles de la déglutition sont fréquemment révélés par l'interrogatoire. C'est le plus souvent une gêne pharyngée, mal caractérisée, amenant une multiplication pathologique des mouvements de déglutition ; une sorte de tic qui, dans une observation, fut le seul symptôme qu'ait présenté le malade.

A ces divers troubles mécaniques, il faut ajouter une petite complication qui, par sa constance et sa répétition, fait partie de la symptomatologie. C'est l'hémorragie par rupture d'un petit vaisseau kystique au cours d'efforts de toux ou de cris.

COMPLICATIONS

Les complications des kystes épiglottiques sont intéressantes non pas tant par leur gravité, mais parce qu'elles font en quelque sorte partie de la symptomatologie. Ce sont souvent ces complications qui permettent de découvrir le kyste.

En premier lieu, nous citerons l'hémorragie, souvent très bénigne et réduite à quelques filets sanglants dans l'expectoration ; mais pouvant faire penser par son abondance et sa répétition à une ulcération pharyngo-laryngée, ou à une lésion broncho-pulmonaire évolutive.

La dysphagie, qui débute par une légère gêne à la déglutition ou une sensation de corps étranger, peut augmenter au point de troubler le malade dans sa nutrition.

La dyspnée et la dysphonie sont plus des symptômes que des complications.

L'infection du kyste peut en imposer pour une épiglottite, et par sa propagation aux replis aryténo-épiglottiques, amener un œdème sus-glottique dangereux.

Enfin, un kyste épiglottique peut se rompre et, contenu dans une cavité septique, s'infecter et suppurer secondairement.

ANATOMO-PATHOLOGIE

L'aspect macroscopique des kystes de l'épiglotte n'a rien qui soit particulier à cet organe. Comme beaucoup de kystes recouverts d'une muqueuse, ils sont sphériques, de couleur rosée, jaunâtre, sillonnés de petits vaisseaux sanguins superficiels. Ils sont implantés sur l'épiglotte soit par une base large, soit par un pédicule étroit.

D'après Mischkin, parmi les kystes du larynx, la localisation des kystes à l'épiglotte serait la plus fréquente, puis viendraient ensuite, par ordre de fréquence, les kystes des replis glosso-épiglottiques, ces derniers étant souvent d'origine congénitale.

Kahler, Salomon et Glas classent les kystes de l'épiglotte du point de vue anatomo-pathologique, en kystes congénitaux, kystes par rétention, kystes traumatiques et enfin lymphangiomes kystiques. Nous suivrons cette classification pour décrire les divers aspects microscopiques des kystes de l'épiglotte.

Les kystes congénitaux sont très rares au niveau de l'épiglotte ; ce sont souvent des kystes secondairement épiglottiques, kystes du canal thyro-glosse, habituellement plus antérieurs mais qui peuvent venir faire

saillie sous la muqueuse épiglottique. Ce sont des tumeurs développées aux dépens d'une altération évolutive des fentes branchiales ou dues à une inclusion endothéliale, comme dans les kystes du canal thyro-glosse.

Les kystes par rétention sont de beaucoup les plus fréquents. Ils sont développés aux dépens de la muqueuse épiglottique, ce sont les kystes dits « folliculaires » de Louis.

Ils semblent dus à l'oblitération du canal excréteur de la glande qui se dilate sous la pression continue de la sécrétion glandulaire. Leur contenu, toujours fluide, peut être très liquide ou semi-liquide, graisseux ; ce sont les cas de lipome décrits dans quelques observations.

Ces kystes sont formés d'une capsule conjonctive, contenant quelques lésions inflammatoires et tapissés à l'intérieur par un épithélium de structure variable, soit cylindrique, cubique ou aplati.

Les kystes traumatiques peuvent se développer dans toutes les parties du corps, ils ne sont pas particuliers à l'épiglotte. Ils se font par inclusion accidentelle de tissus qui prolifèrent, puis secrètent un liquide. Ils sont le plus souvent recouverts à l'intérieur d'un épithélium pavimenteux. Leur développement se fait fréquemment aux dépens des replis glosso-épiglottiques.

Enfin, les lymphangiomes kystiques que l'on a pu observer au niveau du larynx sont des tumeurs exceptionnellement épiglottiques.

En résumé, les kystes de l'épiglotte, développés seulement aux dépens de l'épiglotte, sont dans les cas que nous avons pu voir ou résumer des kystes par rétention à contenu graisseux.

PATHOGÉNIE

L'étude anatomo-pathologique des kystes de l'épiglotte montre qu'on peut les diviser en plusieurs groupes différents : kystes branchiaux, kystes glandulaires, kystes traumatiques. Du point de vue pathogénique, il est facile de les regrouper en deux grandes familles : les kystes congénitaux, les kystes acquis.

Faire la pathogénie des kystes congénitaux nous paraît un peu téméraire d'autant plus qu'ils sont rarement épiglottiques. Ce sont plutôt des kystes glosso-épiglottiques dont l'origine peut être expliquée par la présence de vestiges du canal thyroéglotte ; ou bien encore dans les formations kystiques plus postérieures faites aux dépens des replis aryéno-épiglottiques, on peut penser qu'il s'agit de kystes branchiaux ; les replis aryéno-épiglottiques dérivant des extrémités antérieures des quatrièmes arcs. Nous rappellerons brièvement pour mémoire les théories pathogéniques des kystes congénitaux.

La première en date est la théorie blastomérique de Wilms. A tous les stades du développement embryonnaire, un arrêt évolutif local peut se produire s'étendant sur une cellule, un groupe de cellules ou

un tissu déjà constitué. A un moment donné de la croissance embryonnaire, les cellules arrêtées dans leur évolution peuvent reprendre leur développement, mais déjà englobées dans un tissu, ce développement sera désordonné et donnera lieu à un embryome.

La théorie de l'inclusion branchiale de Verneuil suppose l'inclusion, puis la prolifération d'un reliquat branchial dans un tissu normal.

La pathogénie des kystes acquis nous apparaît beaucoup plus clairement. Dans l'immense majorité des cas, les kystes épiglottiques sont des kystes glandulaires par rétention, le canal excréteur étant oblitéré.

Par quoi est favorisée cette rétention glandulaire ? En premier lieu, et l'examen de la capsule conjonctive contenant des îlots inflammatoires, semble le prouver, c'est à l'infection qu'il faut attribuer ces sortes de kystes : inflammation chronique des voies respiratoires supérieures, favorisée par des efforts vocaux exagérés ou par l'abus du tabac, cette dernière cause entretenant une irritation chronique de la muqueuse pharyngée. En second lieu, ce sont les pharyngites et les laryngites catarrhales souvent témoins d'un mauvais état nasal, qui semblent favoriser le développement des kystes épiglottiques.

Enfin, les traumatismes épiglottiques peuvent, par inclusion épithéliale accidentelle et prolifération secondaire, produire des kystes.

Cette pathogénie des kystes glandulaires par rétention explique leur étiologie : la plus grande fréquence des kystes proprement épiglottiques chez l'adulte, en général, et chez l'homme, en particulier.

TRAITEMENT ET DISCUSSIONS THÉRAPEUTIQUES

L'importance des soins pré-opératoires apparaît de plus en plus considérable dans la thérapeutique chirurgicale des voies aériennes supérieures.

On devra d'abord prévenir les complications pulmonaires, qui assombrissent le pronostic de toutes ces interventions, par une vaccinothérapie entreprise très longtemps à l'avance. Un examen sanguin permettra, par la mesure des temps de coagulation et de saignement, de prévenir les hémorragies opératoires et post-opératoires. On examinera l'état de la circulation sanguine et on fera le bilan rénal.

Le choix de l'anesthésique est très important. Il devra s'inspirer de deux considérations primordiales : d'abord, éviter la chute dans le larynx et dans la trachée de sécrétions pharyngées septiques, du sang ; ensuite, conserver autant que possible les moyens naturels de défense laryngée, le réflexe tussigène.

Il ne faut pas perdre de vue que les kystes de l'épiglotte sont des tumeurs bénignes et qu'il faut leur opposer une thérapeutique à minima. Qu'étant pédiculés,

ils sont faciles à enlever. Mais, sous peine de récurrence, cette ablation doit être complète.

Le choix du procédé opératoire dépendra du volume du kyste.

Pour enlever un petit kyste, la voie naturelle paraît la plus logique. Par laryngoscopie indirecte, après anesthésie locale par badigeonnages à la cocaïne, il sera facile de saisir le kyste à l'aide d'une pince ou d'un serre-nœud et d'en faire l'ablation rapide. On prendra soin, au cours de l'anesthésie par badigeonnages, de respecter la sensibilité du vestibule laryngé, afin de conserver le réflexe tussigène.

Pour les kystes volumineux, nous éliminons d'abord la ponction qui, si elle peut apporter un complément au diagnostic, est une thérapeutique incomplète, elle laisse la poche kystique qui récidive à tous coups et peut être une voie facile à l'infection. Il ne faut pas non plus penser employer la voie de la laryngoscopie indirecte. La tumeur volumineuse nécessiterait plusieurs prises successives à la pince ou au serre-nœud, elle favoriserait l'hémorragie et ne donnerait pas une ablation complète, d'où récurrence.

La pharyngotomie sus-hyoïdienne est une opération sanglante entraînant un gros choc opératoire et qui nous paraît, par la gravité possible de ses suites, hors de proportion avec la bénignité de l'affection causale.

De ces considérations, il découle que la voie naturelle nous paraît la plus logique et la plus propice. Que choisir ?

Le procédé de laryngoscopie directe, habituelle,

avec la spatule de Chevalier-Jackson ? Ses avantages sont considérables. Elle peut se faire sous anesthésie locale, voire même sans anesthésie, c'est-à-dire en respectant le réflexe de défense laryngée. Mais l'étroitesse du tube qui pourrait suffire au diagnostic, ne permet que l'emploi d'une seule main, ce qui en limite considérablement les indications opératoires.

La laryngoscopie en suspension nous paraît réunir tous les avantages ; cependant elle nécessite l'anesthésie générale. Mais elle donne une visibilité considérable sur la pharyngopharynx et surtout elle permet par l'usage des deux mains, une liberté complète d'action.

Nous décrirons l'ablation d'un kyste de l'épiglotte sous laryngoscopie en suspension.

L'anesthésique qui nous paraît réunir le plus d'avantage est celui qui emprunte la voie rectale ou veineuse : Rectanol ou Evipan. Le champ opératoire est complètement libre, débarrassé des divers instruments anesthésiques nécessaires à la narcose respiratoire. Enfin, et surtout, le réflexe tussigène est conservé, ce qui est le meilleur préventif des complications pulmonaires.

La mise en place du laryngoscope en suspension de Killian et Albrech, que nous avons employé, se fait en général d'une façon très simple. Le malade est en décubitus dorsal, mâchoires écartées par un ouvre-bouche, la langue tirée par une pince non offensive qui sera enlevée dès que la spatule sera en place.

En matière de spatule, il n'est pas utile d'employer

un instrument long ; car il ne s'agit pas, en pareil cas, de relever l'épiglotte, comme lorsque l'on veut découvrir la cavité laryngée. Par contre, il faut employer une spatule large qui efface bien la langue.

De cette façon, la vision considérable obtenue nous permet d'examiner soigneusement le kyste, d'en saisir la mobilité sur le plan profond, les connexions avec l'épiglotte, l'importance de la base d'implantation.

On fixera le kyste avec une pince sans griffe, semblable à celle qui saisit les ovaires au cours d'une hystérectomie. Puis, avec un bistouri coudé, à long manche spécial à ce genre d'intervention, ou bien avec un long ciseau courbe, on attaquera la muqueuse épiglottique, tout autour du kyste. On décollera le pédicule dans la profondeur en tirant légèrement sur le kyste. Le kyste libéré en entier est enlevé en bloc avec son pédicule.

S'il se produit une petite hémorragie, on pourra tenter une électro-coagulation légère en surface qui suffit, le plus souvent, à arrêter l'écoulement sanguin.

On veillera, dans les jours qui suivent, à alimenter légèrement le malade : alimentation froide et liquide pendant quelques jours pour calmer la dysphagie.

Les suites opératoires sont, en général, simples. On peut observer, le lendemain et le surlendemain de l'intervention, une réaction inflammatoire épiglottique, le plus souvent localisée et qui se propage rarement à l'étage sus-glottique du larynx. On tempérera cette légère réaction inflammatoire par des pulvérisations éphédrinées bucco-pharyngées.

Les résultats éloignés sont fonction de la qualité de l'exérèse, et, enlevé complètement, un kyste de l'épiglotte ne se reproduit pas ; mais s'il reste un fragment de la capsule conjonctive, les récidives sont fréquentes. On comprend donc la nécessité d'une méthode thérapeutique, donnant une grande visibilité et une large voie d'accès nécessaire à une exérèse complète.

CONCLUSIONS

1° Les kystes de l'épiglotte sont des tumeurs rares.

2° Leur symptomatologie est fruste, faite presque uniquement de troubles mécaniques.

3° Leur aspect macroscopique, leur anatomie pathologique, leur évolution clinique en font des tumeurs bénignes.

4° La thérapeutique simple et peu sanglante doit être en rapport avec la bénignité de l'affection. La laryngoscopie en suspension nous paraît être le procédé idéal.

Vu : le Président de thèse,
BEZANÇON

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BOURGEOIS et SOULAS. — Tumeurs de l'épiglotte. *Annales des maladies de l'oreille*, Tome XLVII, N° 3, Mars 1928, pages 310 à 313.

BOURGEOIS et SOULAS. — A propos d'un cas de cylindrome de l'épiglotte avec métastase pulmonaire probable. *Société de laryngologie des Hôpitaux de Paris*, 16 Mars 1931. *Annales des maladies de l'oreille*, 1931, N° 6, page 680.

BRÉMOND et PRÉVOT. — Les ligatures préventives dans l'endolaryngectomie par laryngo fissure et dans la pharyngotomie transhyoïdienne pour néoplasie de l'épiglotte. *Annales des maladies de l'oreille*, Tome 49, Mars 1931, pages 242-247.

CLÉMENT et LEMARIEY. — Kyste épiglottique congénital du nourrisson. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, Novembre 1933.

COULET. — Altérations de la voix chantée provoquées par une tumeur kystique épiglottique. *Annales des maladies de l'oreille*, Tome XLV, N° 11, Novembre 1926.

DUBREUIL. — Leçon d'embryologie humaine.

J. DUCUING et L. DUCUING. — Les tumeurs malignes de la vallécule. *Toulouse Médical*, Mai 1932.

GLEY. — Traité élémentaire de physiologie.

ROUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques de l'homme.

TARO-MATZUR (de Moukden). — Fibrôme de l'épiglotte chez un nourrisson.

TERRACOL. — Les kystes du larynx. *Annales des maladies de l'oreille*, N° 11, Novembre 1931, page 1.141.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, boul. St-Germain, Paris

